

RAPPORT UNGASS DE PROGRES DE LA SITUATION NATIONALE

Belgique

Période considérée : janvier 2010- décembre 2011

Date de soumission du rapport : le 30 mars 2012

I. Table des matières

- I. Table des matières**
- II. Aperçu de la situation**
 - a) Le degré de participation des parties prenantes au processus de rédaction du rapport ;
 - b) La situation actuelle de l'épidémie ;
 - c) La riposte au plan politique et programmatique ;
 - d) Le récapitulatif des indicateurs à l'intention de l'UNGASS sous forme de tableau
- III. Aperçu de l'épidémie de SIDA**
 - a) Point principaux
 - b) Les personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
 - c) Les personnes malades du SIDA
- IV. Riposte nationale à l'épidémie de SIDA**
 - a) Introduction
 - b) Prévention
 - c) Traitement, soins et soutien
- V. Meilleures pratiques**
 - a) Gouvernement fédéral
 - b) Communauté Flamande
 - c) Communauté française
- VI. Principaux obstacles et mesures correctives**
- VII. Soutien des partenaires du développement**
- VIII. Monitorage et environnement d'évaluation**

II. Aperçu de la situation

a) Le degré de participation des parties prenantes au processus de rédaction du rapport

Le présent rapport est le résultat d'un travail de concertation qui a impliqué le SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, l'Institut scientifique de la Santé publique ainsi que les Communautés.

b) La situation actuelle de l'épidémie

Les infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

- *Au cours de l'année 2010, un total de 1196 nouveaux diagnostics d'infection par le VIH ont été rapportés en Belgique, ce qui correspond à 110 nouveaux diagnostics par million d'habitants.* Il s'agit du nombre le plus élevé enregistré depuis le début de l'épidémie. Après une augmentation importante observée à partir de 1997, le nombre de personnes qui découvrent leur séropositivité a augmenté à un rythme plus lent entre 2000 et 2010 pour atteindre actuellement un **taux moyen de 3,3 infections diagnostiquées par jour** dans le pays.
- Les évolutions sont différentes selon les populations touchées. Les infections par contacts hétérosexuels, qui constituent chaque année la majorité des infections diagnostiquées, ont vu leur proportion diminuer au cours du temps : elles représentaient 67% des infections diagnostiquées en 2002 et 50% des infections en 2010.
- A l'opposé, **les infections diagnostiquées chez les homo/bisexuels masculins sont en nette augmentation** ; leur nombre est 2,4 fois plus élevé en 2010 qu'en 2002. Les cas de séropositivité chez les hommes homosexuels constituent 46% des infections diagnostiquées en 2010 contre 24% des infections en 2002, lorsque l'information sur le mode de transmission est connu.
- En 2010, 60 tests de dépistage VIH par 1000 habitants ont été réalisés. Ceci correspond à une augmentation de 2,5% par rapport à l'année 2009.
- Les infections à VIH diagnostiquées à un stade tardif, bien que proportionnellement en diminution, restent fréquentes. En 1998, le diagnostic était posé tardivement dans 59% des cas. **En 2010, les diagnostics sont tardifs dans 39% des cas.** Cette évolution dans l'attitude vis-à-vis du dépistage est favorable mais doit être poursuivie : un diagnostic posé précocement permet une meilleure prise en charge thérapeutique ; il permet aussi à la personne d'adapter plus tôt son comportement de manière à éviter la transmission de l'infection à son (sa) partenaire.
- *Au cours de l'année 2010, 11 984 patients infectés par le VIH ont été suivis médicalement en Belgique.* Le nombre de patients suivis s'est accru de 941 unités par rapport à l'année 2009 (+8,5%). L'impact de cet accroissement sur les coûts et sur l'utilisation des services de santé devra être pris en compte.

Les diagnostics de SIDA

En 2010, 88 nouveaux cas de SIDA ont été diagnostiqués. L'incidence avait diminué brutalement à partir de 1996 grâce à l'utilisation des nouvelles associations d'antirétroviraux : 256 cas avaient été rapportés en 1995 et 134 en 1997.

Source : SASSE A, VERBRUGGE R, VAN BECKHOVEN D. Épidémiologie du SIDA et de l'infection à VIH en Belgique. Situation arrêtée au 31 décembre 2010.

Institut scientifique de Santé publique (ISP)

Direction opérationnelle Santé publique et Surveillance

Service Maladies infectieuses au sein de la Population générale

Programme de surveillance VIH/SIDA/IST

Rue Juliette Wytman 14 1050 Bruxelles | Belgique | ISSN : D/2011/2505/48

<https://www.wiv-isp.be/Documents/RapportAnnuelVIHSIDA2010SiteInternet.pdf>

c) La riposte à l'épidémie est un sujet de compétence essentiellement communautaire en Belgique.

Certains aspects de la santé relèvent du gouvernement fédéral. On peut citer par exemple le remboursement de médicaments, le suivi statistique, le financement des centres de référence, le dépistage, le traitement ou encore le diagnostic.

Les Communautés organisent la riposte à l'épidémie, en accord avec les lignes directrices d'organisations internationales telles que UNAIDS et l'OMS, au travers une action axée sur la santé sexuelle dans son ensemble.

d) Le récapitulatif des indicateurs à l'intention de l'UNGASS sous forme de tableau

Voyez l'outil web : www.aidsreportingtool.unaids.org

III. Aperçu de l'épidémie de sida

a) Points principaux

- **En 2010, 1196 infections par le VIH ont été diagnostiquées en Belgique**, ce qui correspond à 110 nouveaux diagnostics par million d'habitants. C'est au cours de la période 2008 - 2010 que les nombres les plus élevés de nouveaux diagnostics VIH par an ont été enregistrés depuis le début de l'épidémie, avec notamment 1093 infections diagnostiquées en 2008 et 1135 en 2009.
- En 2010, 60 tests de dépistage VIH par 1000 habitants ont été réalisés. Ceci correspond à une augmentation de 2,5% par rapport à l'année 2009.
- La proportion de personnes de nationalité belge parmi les nouveaux cas diagnostiqués a augmenté entre 2004 et 2010, passant de 33,1 à 43,3 % des patients pour lesquels la nationalité est connue.
- **Le nombre d'infections diagnostiquées chez les homo/bisexuels masculins est en nette augmentation**; ce mode de transmission était rapporté dans 23,6 % des infections diagnostiquées en 2002 et dans 45,6 % des infections en 2010.
- **Les contacts hétérosexuels** restent le mode de transmission le plus fréquemment rapporté en Belgique : ils **comptent pour 49,5 % des infections diagnostiquées en 2010**. La proportion d'infections liées à ce mode de transmission, qui était de 67,1 % en 2002, a cependant diminué au cours des dernières années.
- **En 2010, 88 nouveaux diagnostics de SIDA ont été rapportés** (incidence corrigée pour les délais de notification) ; depuis le début de l'épidémie, un total cumulé de 4 130 cas ont été rapportés.
- **En 2010, 16 décès liés à la maladie ont été notifiés**. Un total de 1942 décès a été rapporté entre 1983 et 2010.
- **Au cours de l'année 2010, 11 984 patients infectés par le VIH ont été suivis médicalement** en Belgique. Le nombre de patients suivis s'est accru de 941 unités par rapport à l'année 2009 (8,5%).

b) Les personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Le diagnostic d'infection par le VIH a été posé chez un **total de 24 646 personnes** en Belgique entre le début de l'épidémie et le 31 décembre 2010. Au cours des 25 dernières années (1986-2010), le nombre de nouveaux diagnostics d'infection VIH a varié dans les limites de 1,8 à 3,3 diagnostics en moyenne journalière.

La plus haute incidence a été observée en 2010 avec **1196 nouveaux cas diagnostiqués** en cours d'année. Entre 1997 et 2010, le nombre de nouveaux cas d'infection VIH diagnostiqués par an a augmenté de 70 %. Cette augmentation était principalement marquée entre 1997 et 2000 (+ 36 %) ; elle est plus modérée par la suite.

En ce qui concerne la **répartition par sexe**, la proportion **d'hommes** parmi les nouveaux diagnostics VIH est en hausse. Après avoir fluctué entre 51 et 60 % pendant la période 1994-2005, cette proportion était de **66 % en 2009 et 2010**.

La proportion de personnes de nationalité belge parmi les nouveaux cas diagnostiqués a augmenté entre 2004 et 2010, passant de 33,1 à 43,3 % des patients pour lesquels la nationalité est connue.

Considérant l'évolution sur 25 ans, les patients diagnostiqués récemment sont plus âgés de 4 ans en moyenne en comparaison des patients diagnostiqués en début d'épidémie.

La majorité des patients ont mentionné des contacts hétérosexuels. Entre 2002 et 2010, cette proportion a diminué, passant de 67,1 % à 49,5 %. En même temps, la proportion de contacts homo/bisexuels a augmenté, passant de 23,6 % à 45,6 %. Depuis 2004, cette augmentation ne se manifeste plus uniquement chez les hommes de nationalité belge mais également chez les hommes de nationalité non belge.

Les autres voies de transmission, bien que toujours existantes, sont en diminution. **L'utilisation de drogues en injection intraveineuse est rapportée par moins de 2 % des personnes diagnostiquées récemment**; cette proportion avoisinait les 8 % en début d'épidémie.

Les transmissions périnatales sont rapportées dans approximativement 0,8 % des cas en 2010. Deux cas de transmission lors d'une transfusion ont été documentés en Belgique au cours des 25 dernières années; la séroconversion du donneur était postérieure à la transfusion.

Parmi les séropositifs de nationalité belge diagnostiqué en 2010, les hommes sont 10,4 fois plus nombreux que les femmes.

Parmi les hommes belges diagnostiqués en 2010, les contacts homo/bisexuels constituent la voie de transmission de loin la plus importante (81,1 %). Chez les femmes, la transmission hétérosexuelle est rapportée dans 90,6 % des cas.

L'injection de drogue a proportionnellement diminué en 2010. Elle était plus souvent la cause de l'infection en Wallonie que dans les autres régions jusqu'en 2008.

La région Bruxelloise, les provinces de Liège, d'Anvers, et du Brabant wallon présentent, par ordre décroissant, les taux d'infection cumulés les plus élevés.

Parmi les patients non-belges diagnostiqués entre 2008 et 2010, 62,3 % sont originaires d'Afrique sub-saharienne, 22,4 % sont des Européens, 12,9 % sont originaires d'Amérique ou d'Asie et 2,4 % sont originaires d'Afrique du Nord. Le rapport hommes/femmes des non-Belges est beaucoup plus proche de l'unité que pour les Belges. Ceci s'explique par la nette prédominance de la transmission hétérosexuelle dans ce groupe.

Ces données montrent que l'infection à VIH persiste dans notre pays et que le profil de l'épidémie évolue au cours du temps. Il est essentiel que les programmes d'information et de prévention soient poursuivis, renforcés et adaptés aux populations les plus touchées, sans pour autant relâcher les efforts consentis dans les groupes de population où une diminution de l'incidence du VIH a été observée.

c) Les personnes malades du SIDA

Parmi les 24 646 personnes pour lesquelles le diagnostic d'infection à VIH a été posé, un total cumulé de 4130 personnes ont été diagnostiquées malades du SIDA au 31 décembre 2010. Parmi celles-ci, 1942 étaient décédées, 524 ont été perdues de vue, et 1664 étaient en vie et suivies médicalement à fin 2009.

En terme d'évolution temporelle du nombre de nouveaux malades, un plateau a été observé pendant la période 1991 à 1995, avec une moyenne de 255 cas diagnostiqués par an.

L'incidence a diminué brutalement au cours des années 1996 et 1997 (- 50 %) grâce à l'utilisation des nouvelles associations d'antirétroviraux. Cette décroissance marque cependant un arrêt dès 1998, et le nombre annuel de cas notifié au cours de la période 1998-2008 se stabilise : l'incidence corrigée pour les 5 dernières années était respectivement de 102, 102, 123, 129 et 88 nouveaux cas. Pour l'année 2010, 74 nouveaux cas ont été notifiés à ce jour; l'incidence corrigée pour les délais est de 88 cas.

L'arrêt de la diminution de l'incidence du SIDA observé depuis 1997 semble lié, du moins partiellement, au nombre de malades découvrant leur séropositivité au moment du diagnostic du SIDA. La proportion de personnes découvrant leur séropositivité au moment de la maladie était de 21 % en 1995 et 1996; elle est de 34 % en 2010 (40 % chez les malades hétérosexuels et 24 % chez les malades homo/bisexuels).

Le nombre de décès liés à la maladie a fortement diminué grâce à l'utilisation des antirétroviraux, passant de 184 décès en 1995 à 62 en 1997. En 2008, 2009 et 2010, le nombre de décès notifiés a été respectivement de 25, 9 et 16 (donnée non corrigée pour le délai de notification).

Cette importante diminution de la mortalité est à mettre en relation avec l'utilisation des nouvelles associations d'antiviraux qui a débuté durant l'année 1996. La conjugaison de l'incidence des cas de SIDA et de la diminution importante de la mortalité entraîne actuellement une accélération de l'augmentation de la prévalence, c'est-à-dire du nombre de personnes vivant avec l'infection.

Source : SASSE A, VERBRUGGE R, VAN BECKHOVEN D. Épidémiologie du SIDA et de l'infection à VIH en Belgique. Situation arrêtée au 31 décembre 2010.

Institut scientifique de Santé publique (ISP)

Direction opérationnelle Santé publique et Surveillance

Service Maladies infectieuses au sein de la Population générale

Programme de surveillance VIH/SIDA/IST

Rue Juliette Wytman 14 1050 Bruxelles | Belgique | ISSN : D/2011/2505/48

<https://www.wiv-isp.be/Documents/RapportAnnuelVIHSIDA2010SiteInternet.pdf>

IV. Riposte nationale à l'épidémie de sida

a) Introduction

En Belgique, en raison de la structure fédérale du pays, il est question de ripostes fédérales et de ripostes communautaires à l'épidémie.

En effet, en Belgique, les soins de santé préventifs sont de la compétence des Communautés alors que la compétence est fédérale pour le remboursement de médicaments, le suivi statistique, le financement des centres de référence et des laboratoires de référence, le traitement ou encore le diagnostic.

Afin d'harmoniser l'action des différents Ministres compétents, une Conférence interministérielle de la Santé publique est organisée.

En ce qui concerne la riposte au HIV/SIDA, l'action des différents Ministres fait également l'objet, en cas de besoin, d'une coordination nationale sous l'égide de la Conférence interministérielle de la santé publique. Dans le cadre de la Conférence interministérielle Santé publique de décembre 2004, il fut proposé que la problématique des maladies infectieuses en général et du SIDA en particulier soit discutée dans un groupe de travail. La première réunion de ce groupe de travail a eu lieu le 27 janvier 2005. Les accords nécessaires furent pris en vue de poursuivre les discussions sur la problématique du VIH, et notamment l'analyse plus détaillée de l'évolution épidémiologique du virus en Belgique. Le groupe de travail est réactivé depuis 2009.

Une bonne coordination des actions de tous les niveaux de pouvoir concernés, dans le respect des compétences respectives et avec des engagements clairs sur les tâches, est essentielle pour obtenir des résultats. Actuellement, il n'existe toutefois aucune structure permanente pour mener à bien cette coordination. Un cadre commun pour les actions n'existe pas non plus.

Néanmoins il est proposé que l'autorité fédérale, les communautés et les régions se dotent d'une approche commune et organisent des concertations pour définir des engagements de travail sur ce thème. L'apport des organisations qui mènent les actions sur le terrain est d'une importance cruciale à cet égard. Cette méthode permettra d'harmoniser les efforts de toutes les parties concernées et d'accroître l'efficacité et l'efficacités des actions nombreuses et dispersées sur le terrain.

Cette concertation doit avant tout aboutir à une transparence dans les initiatives prises par les différentes autorités dans le cadre du VIH/SIDA pour parvenir ainsi à une stratégie efficace et cohérente.

Il existe également un *Groupe de travail SIDA dépendant de la Commission interdépartementale du développement durable* (Service Public Fédéral Affaires étrangères).

b) Prévention

En **Communauté française**, la prévention du sida a été intégrée en 1997 par décret dans la politique de promotion de la santé. Des programmes d'action et de recherche sont financés, généralement sur une base triennale et mis en œuvre par des associations. Les compétences de la Communauté française en matière de santé ont fait l'objet d'une évaluation en 2010 et une réforme de ce secteur est en cours.

Parmi les organisations et les programmes financés par la Communauté française, certains sont mis en œuvre sur tout le territoire wallon et bruxellois (Fédération Wallonie-Bruxelles), d'autres sont des programmes locaux.

Programmes sur le territoire Wallonie-Bruxelles

- *Modus Vivendi*, prévention du sida et réduction des risques liés à l'usage des drogues : prévention des risques de transmission du VIH/sida auprès des usagers de drogues via notamment le projet « échange de seringues ».
- *Facultés universitaires Saint-Louis*, Observatoire du sida et des sexualités : soutien à la concertation des acteurs actifs dans la prévention du sida, recueil de données et recherches, identification de questions émergentes.
- *Plate-forme Prévention Sida*, Programmes d'actions en promotion de la santé : Campagne jeunes (été) et campagne solidarité du 1er décembre.
- *Espace P asbl*, activités de promotion de la santé en milieu de prostitution en CF : projet de prévention pour les femmes et les hommes prostitués.
- *Ex Aequo asbl*, Programme de lutte contre le sida : projet de prévention du VIH/sida auprès des hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes, des femmes qui ont des rapports sexuels avec les femmes, les bisexuels et les transsexuels, les jeunes en quête d'identité sexuelle.
- *Service d'Education pour la Santé asbl*, Projet de prévention Sida-Hépatites-Ist : prévention du VIH/sida et IST en milieu carcéral.

- *Siréas asbl*, Promotion de la santé et prévention du sida chez les migrants : sensibilisation des migrants, formation des professionnels de santé, du social et des relais communautaires et accompagnement communautaires des migrants vivant avec le VIH.

Programmes locaux

- *Sidasol asbl*, prévention du sida et des IST en région liégeoise : projet de prévention du VIH/sida auprès des personnes africaines et des populations défavorisées.
- *Sida MST-Charleroi-Mons asbl*, Programme de prévention : relais des campagnes réalisées par la plateforme-prévention sida, réduction des risques de transmission auprès des populations en grande précarité.
- *Coordination Sida Assuétudes Namur asbl*, Programme prévention sida : relais des campagnes réalisées par la plateforme-prévention sida, réduction des risques de transmission auprès des populations en grande précarité.
- *ICAR asbl*, Prévention milieu prostitution : prévention VIH/sida auprès des jeunes hommes prostitués à Liège
- *Alias asbl*, Programme d'action de promotion de la santé à destination des hommes prostitués en situation vulnérable à Bruxelles : prévention VIH/sida auprès des jeunes hommes prostitués.

Depuis 2004, les différents organismes francophones de la lutte contre le Sida sont engagés dans un processus participatif d'analyse, de planification et de gestion de la qualité intitulé « *Stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/Sida* »¹. Ce processus de concertation est organisé par l'Observatoire du sida et des sexualités (Facultés universitaires Saint-Louis) et bénéficie du soutien méthodologique du service communautaire Sipes (Ecole de santé publique, ULB-Promes).

Ce processus permet de créer des espaces de réflexion et de planification entre des organismes qui dépendent de différents niveaux de compétences : les communautés pour la prévention, et le niveau fédéral pour le dépistage et les soins. Il réunit donc divers organismes :

- des organismes de prévention qui mettent en œuvre des actions pour la population générale, les jeunes, les usagers de drogues injecteurs et festifs, les prostitué(e)s, les migrants, les personnes incarcérées, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Certains développent également des outils, des formations et des activités de lobbying. Leur territoire d'action peut être local ou à l'échelle de toute la Communauté française.
- des centres spécialisés offrant un service de counseling et de dépistage volontaire (VIH et parfois autres IST) de qualité, parfois anonyme et/ou gratuit
- des centres de prise en charge hospitaliers (centres de référence) qui fournissent une aide médicale, psychologique et sociale aux personnes séropositives et malades.

La Communauté flamande a organisé une riposte globale axée sur la santé sexuelle dans son ensemble :

Par « santé sexuelle », il faut comprendre aussi bien la santé physique (IST, infections sexuellement transmissibles) que le comportement en matière de sexualité et de relations. L'Organisation mondiale de la Santé définit la santé sexuelle comme étant « *l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, de façon à parvenir à un enrichissement et un épanouissement de la personnalité humaine, de la communication et de l'amour* » (McFarland, et al 1993).

Les soins de santé préventifs relèvent de la compétence de la Communauté flamande. Les efforts actuellement entrepris par la Communauté flamande pour prévenir les cas de contamination par MST, sont conformes aux directives d'organisations internationales comme l'ONUSIDA/UNAIDS et l'Organisation mondiale de la Santé. La Communauté flamande suit en permanence le fonctionnement de ces institutions.

La politique de prévention des MST, y compris le VIH/SIDA, est une préoccupation importante. Il y a un fonctionnement continu de plusieurs organisations avec lesquelles la Communauté flamande a ***conclu des conventions ou accords de gestion dans le but de promouvoir la santé sexuelle***. Les parties contractantes qui sont subventionnées sur le thème de la santé sexuelle, sont décrites ci-après. ***Cette méthode qui consiste à travailler à partir de conventions, est validée par le décret du 21 novembre 2003 relatif à la politique de santé préventive***. Ce faisant, la Communauté flamande vise à mener une politique toujours plus rationnelle en ce qui concerne la prévention des comportements à risque et la promotion d'un comportement sain.

L'accord gouvernemental 2009-2014 du Gouvernement flamand (lequel a pour titre «Een daadkrachtig Vlaanderen in beslissende tijden - Voor een vernieuwende, duurzame en warme samenleving») met lui aussi l'accent sur une politique continue en matière de sexualité :

¹ www.strategiesconcertees.be

*Het preventiebeleid voor seksueel overdraagbare infectieziekten krijgt een sterkere oriëntatie op risicogroepen..
Le décret du 21 novembre 2003 précité met donc un terme aux initiatives isolées. Plusieurs organisations sont subventionnées sur la base de conventions ou d'accords de gestion.*

Organisations partenaires et organisations de terrain en Flandre

- La principale organisation spécialisée dans cette thématique est *L'asbl Sensoa*. Ce centre d'expertise dans le domaine du sida et des MST, qui intègre depuis le 1er janvier 2003 les CGSO (centres de planning familial et d'éducation sexuelle en Flandre), oriente ses activités sur la santé sexuelle et le bien-être sexuel. Afin de rencontrer au mieux les besoins de groupes cibles spécifiques, Sensoa a développé des programmes axés sur ces groupes cibles qui ont des besoins particuliers en matière de santé sexuelle ou qui méritent une attention spéciale : jeunes, holebi (homosexuel, lesbienne et bisexuel), allochtones, patients VIH et adultes.
Ces programmes ont pour but de concevoir des produits ou services concrets et d'offrir des concepts ou méthodes permettant d'inclure une politique donnée dans une structure organisationnelle ou un groupe cible en particulier. Il peut en effet parfois s'avérer utile d'induire des mesures structurelles ou de mettre au point du matériel destiné aux intermédiaires travaillant avec le groupe cible.
- *L'Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold (IMT)* remplit une mission particulière pour ce qui est de promouvoir un comportement sexuel sûr et de prévenir les MST en accordant une attention particulière aux groupes suivants : *les Africains subsahariens, les voyageurs et les expatriés*. Il est possible de toucher ces minorités grâce à la « community leaders approach ». Pour avoir accès à la communauté africaine en tant que travailleur en prévention ou intervenant, il est indispensable d'organiser une concertation régulière avec les dirigeants de cette communauté. Ces chefs de communauté (community leaders) transmettent à leur tour les informations et formations pertinentes. Cette méthode est connue sous le nom de « peer-education ». Les migrants d'Afrique subsaharienne sont considérés non pas comme des récepteurs passifs mais comme des participants actifs à la prévention contre le sida et les MST. Grâce à cette collaboration étroite avec le groupe cible, l'IMT mène la lutte contre les MST et le sida dans la communauté africaine de Flandre. L'IMT encourage également ces chefs de communauté à passer des tests de dépistage du sida. Ces leaders pourront ensuite à leur tour inciter les membres de leur communauté à faire de même. Une brochure rédigée en trois langues et les échanges d'informations dans le cadre de la peer-education sont autant d'éléments qui y contribuent.
- *Asbl Pasop (pour la Flandre orientale et la Flandre occidentale) et Gh@pro (pour Anvers)* : elles se profilent comme des organisations de terrain dans le domaine de la prévention et de l'aide avec, comme groupe cible spécifique, les travailleurs du sexe, parmi lesquels on retrouve aussi de jeunes adultes. Ces organisations reçoivent des subventions pour promouvoir la santé sexuelle des travailleurs du sexe, de leurs clients et des autres partenaires sexuels des clients. Pasop et Gh@pro organisent des consultations auxquels les travailleurs du sexe peuvent se présenter pour obtenir des informations ou pour un examen médical. On administre un vaccin contre l'hépatite B à chaque travailleur du sexe et ce dernier fait l'objet d'un suivi. En outre, ces deux associations prennent, de leur propre initiative, contact avec les personnes qui se prostituent en vitrine ou sur le trottoir ou dans d'autres circuits afférents au secteur du sexe. Elles placent également des dépliants d'information et des affiches à des points stratégiques.
- **L'échange de seringues pour les consommateurs de drogues en intraveineuse** est un autre projet de la Communauté flamande, qui vise à prévenir les infections telles que l'hépatite B et le VIH, transmissibles via l'usage commun d'aiguilles intraveineuses.
- **Domus Medica** se voit attribuer chaque année différentes missions. L'une d'elles consiste à développer, valider et implémenter des recommandations et modèles de travail pour les médecins généralistes en rapport avec la santé sexuelle.

Les principales activités réalisées en **Communauté germanophone** en matière de prévention VIH/SIDA sont prise en charge par un groupe « prévention SIDA ». Ce groupe est composé de conseillers en prévention formés, s'adressant prioritairement aux *jeunes dans les écoles*. Ils organisent des présentations dans les écoles secondaires, les établissements d'enseignement professionnel et spécialisé, et visitent également, sur demande, des *associations extrascolaires (maisons de jeunes, etc.)* Le public visé est celui des **14-15 ans**.

À l'aide de vidéos, affiches, brochures, jeux de rôle et slides, ils informent de manière générale sur le VIH/SIDA, les risques de contamination, les moyens de protection, etc.

Par ailleurs, le groupe organise des campagnes de sensibilisation comme pour la journée mondiale contre le SIDA le 1er décembre de chaque année.

Les habitants de la Communauté germanophone peuvent demander des conseils et des tests de dépistage SIDA :

- en allemand : auprès du Aids-Hilfe Aachen (Allemagne)
- en français : auprès du Centre de référence SIDA à Liège

Une information plus détaillée est disponible sur le site web [dglive.be](http://www.dglive.be) à l'adresse suivante : http://www.dglive.be/desktopdefault.aspx/tabid-322/462_read-2944/

c) Traitement, soins et soutien

L'Etat Fédéral est actif dans les domaines du diagnostic, du traitement, et du remboursement des soins. Pour certains sous-aspects préventifs liés à la santé sexuelle (ex. remboursement de médicaments tels que contraceptifs ou pilule du lendemain), la compétence se situe également au niveau fédéral, chez le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. Afin de garantir au mieux la coordination entre les différents ministres compétents, une conférence interministérielle est souvent organisée.

L'Etat fédéral finance notamment des centres de référence depuis 1996 et des laboratoires de référence depuis 1990.

Les Centres de référence ont pour mission générale d'offrir un accompagnement médico-psycho-social aux patients entre autres atteints du SIDA ou porteurs du VIH.

Les laboratoires de référence exécutent des tâches telles que le diagnostic de référence et le diagnostic définitif du VIH (sérologie, charge virale, résistance) ; le développement, l'évaluation et le contrôle de qualité de nouveaux tests et des tests existants ; la collecte et la surveillance de données.

Les 7 Laboratoires de référence enregistrent les tests de confirmation chez les séropositifs. Ils sont seuls compétents pour ces tests de confirmation. Ils se trouvent dans les universités et à l'institut de médecine tropicale d'Anvers.

Les 9 centres de référence proposent :

En première ligne :

- Une écoute téléphonique
- Des entretiens personnalisés, dans le respect du secret professionnel
- Des informations générales sur le VIH et MST

Pour les personnes concernées par le VIH et ainsi que pour les enfants séronégatifs nés de mères mères séropositives :

- Un encadrement médico-psycho-social, psychologique et diététique
- Un groupe de paroles, à raison d'une fois par mois
- Un groupe d'entraide
- Un soutien par une équipe de bénévoles
- Une collaboration avec le réseau médico-social

Pour les professionnels de la santé :

- Des informations générales sur le VIH et les MST
- Des formations médico-sociales (sur demande)

L'Etat fédéral rembourse également **les traitements antirétroviraux, dépenses qui croissent d'année en année.**

V. Meilleures pratiques.

a) Gouvernement fédéral

La Loi tendant à lutter contre la discrimination et modifiant la loi du 15 février 1993 créant un « Centre pour l'égalité des changes et la lutte contre le racisme » a été publiée au Moniteur Belge le 17 mars 2003. Elle est entrée en application le 27 mars 2003. Cette loi constitue une avancée importante en ce qui concerne le droit des personnes séropositives et des personnes vivant avec le SIDA.

Etant donné que seuls sept laboratoires (qui existent depuis 1990) sont financés pour réaliser des tests de confirmation sur les sérums trouvés positifs lors d'un test de dépistage, nous pouvons obtenir une image complète du nombre total de séropositifs diagnostiqués en Belgique, qu'ils aient ou non atteints le stade SIDA. Ce résultat se réalise grâce à une collaboration étroite des 7 laboratoires de référence et l'Institut scientifique de Santé publique.

Le SIDA est une affection chronique grave qui a une incidence sur les plans physique, psychique, sexuel, familial et scolaire. Les centres de référence SIDA sont des centres médico-psycho-sociaux qui existent depuis 1996. Leur rôle est particulier en ce sens que ces centres s'adressent tant :

- aux patients atteints du SIDA,
- qu'aux personnes séropositives,
- qu'aux femmes enceintes séropositives ou qui souffrent du SIDA, aux parents avec leurs enfants séropositifs qui en sont toujours au stade de l'incertitude diagnostique,
- qu'aux enfants séronégatifs de mères séropositives pour lesquels demeurent toujours une incertitude quant aux effets secondaires éventuels des traitements antirétroviraux auxquels ils ont été exposés in utero.

Les centres de référence SIDA sont des centres qui offrent une prise en charge multidisciplinaire. Les objectifs de rééducation sont spécifiques aux groupes de patients considérés.

Ainsi, pour presque tous les patients, les objectifs visés par la rééducation consistent en l'accompagnement psychologique du patient et de son entourage, la protection ou l'amélioration de l'autonomie sociale et financière, l'amélioration et l'entretien de la structure sociale et familiale, le maintien des acquis scolaires et professionnels, l'adaptation du modèle de comportement pour éviter une transmission secondaire du VIH, la stimulation de la confiance en la thérapie, l'analyse et la gestion des effets secondaires de la thérapie.

Spécifiquement pour les malades atteints du SIDA, l'accent peut également être mis sur la rencontre des besoins liés à des handicaps spécifiques, la prévention des hospitalisations évitables, la limitation de la durée des hospitalisations, la prévention et le suivi de modèle de résistance complexe.

D'autres actions spécifiques sont encore prévues pour les femmes enceintes séropositives ou malades du SIDA, les nourrissons séropositifs, et les enfants souffrant du SIDA, les enfants séronégatifs de mères séropositives, et les jeunes adultes infectés à leur naissance ou durant leur enfance.

Depuis 2006, la possibilité est donnée à 3 Centres de référence SIDA, de réaliser des activités de dépistage. Les prestations prévues dans ce sens permettent :

- d'offrir aux personnes ayant des problèmes liés au VIH, à des MST ou à d'autres aspects de la Santé sexuelle, des tests VIH gratuits, complétés au besoin par un diagnostic MST, dans le respect absolu de la vie privée soit en observant l'anonymat total, soit en travaillant en dehors de toutes les instances en rapport avec la personne.
- d'offrir et d'organiser des modalités de soins adaptées.

Depuis le 1er janvier 2009, un budget fédéral est alloué à une nouvelle initiative et une prise en charge intégrale des traitements prophylactiques en cas d'exposition non professionnelle accidentelle au VIH ou d'exposition professionnelle non prise en charge par l'assurance accident du travail, ni par le Fonds des maladies professionnelles ni par une autre assurance en Belgique ou à l'étranger. Cette mission est attribuée aux 9 Centres de référence dont il est question ci-dessus. Le traitement prophylactique consiste en l'administration d'une cure d'antirétroviraux post exposition accidentelle au VIH et ce, afin de réduire le risque de contamination. Ce traitement concerne les personnes qui se trouvent dans différentes situations comme le viol, l'exposition accidentelle présumée, soit lors de rapports à risque non protégés, à l'occasion de ce que l'on appelle un « accident de capote » avec un partenaire régulier infecté par le virus, soit en cas de blessure occasionnée par un matériel d'injection ou tout autre objet potentiellement infecté.

Depuis le 1er septembre 2011, une convention expérimentale a également été conclue au niveau fédéral avec 5 Centres de dépistage entre autres des infections sexuellement transmissibles, en vue du financement de leur frais de fonctionnement, dans le cadre d'une étude limitée en temps et en étendue en vue de décrire la problématique spécifique de santé chez les travailleurs sexuels. La convention a été conclue avec les associations suivantes : Espace P, Ghapro, Alias, Pasop et Ex Aequo. La convention prévoit l'enregistrement des activités des Centres afin de dresser un tableau clair de la problématique de la santé des travailleurs sexuels. Un rapport doit être rendu aux autorités compétentes. Ce rapport comprendra entre autres des directives visant des soins plus efficaces pour les travailleurs sexuels.

Il est également à souligner que les tests effectués sur les dons de sang (677694 en 2010) ont permis de détecter 4 donneurs porteurs de l'infection VIH. Ce faible chiffre est atteint grâce à la bonne sélection des donneurs.

b) Communauté Flamande

+ voir annexe 2 : Sensoa.

Sensoa joue son rôle de sensibilisation afin d'aborder le thème de l'amour sans risque chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, entre autres en adoptant le *principe du Safe Sex Zone*. Ce projet s'adresse à l'ensemble des hommes homosexuels actifs sur le plan sexuel en Flandre qui fréquentent des bars, clubs ou saunas pour holebi. Sensoa vise ainsi à associer les exploitants de ces établissements à la prévention primaire. L'objectif premier est

de réinstaurer au sein de la population homo-masculine la norme du sexe sans risque, en faisant de chaque établissement horeca fréquenté par des homosexuels une « Safe Sex Zone ».

En signant une charte, les exploitants s'engagent à promouvoir les rapports sexuels protégés dans leurs établissements et font clairement savoir à leurs clients que cette norme doit être respectée. Pour atteindre ce but, ladite charte prévoit quelques arrangements concrets. Par exemple, les exploitants mettront le matériel de prévention de Sensoa à disposition de ses clients homosexuels de manière bien visible. Dans les établissements horeca qui autorisent les rapports sexuels, un distributeur de préservatifs sera installé et un préservatif et un lubrifiant à base d'eau seront gracieusement offerts à quiconque le demande. De même, ces établissements seront équipés d'un éclairage minimal de la dark room. Des autocollants et affiches montreront clairement que l'établissement en question est un lieu où l'on pratique le sexe en toute sécurité (Safe Sex Zone).

Sensoa soutient les établissements horeca qui participent à ce projet, en leur fournissant, à titre gratuit, des présentoirs, cadres clic, autocollants et affiches. Sensoa s'engage aussi à régulièrement diffuser des messages de prévention actuels par voie d'affiches et de publications. Sensoa fait office d'intermédiaire pour l'installation de distributeurs automatiques de préservatifs, fournit aux établissements préservatifs et lubrifiants au prix d'achat et dispense une formation gratuite au personnel.

Sensoa assiste les intermédiaires dans la promotion de la santé sexuelle de groupes cibles vulnérables comme les nouveaux arrivants. Les différentes interventions développées par Sensoa à l'attention des nouveaux arrivants en Flandre et à Bruxelles sont regroupées sous le nom **Idriss** et ont dans un premier temps pour but d'améliorer le niveau de connaissances de ces personnes en ce qui concerne la santé sexuelle. En seconde instance, elles devront permettre à ce groupe cible d'aborder plus facilement des thèmes liés à la sexualité et aux relations.

Ce programme comprend deux produits essentiels, à savoir le « coffret Idriss » (matériel pédagogique) et une brochure disponible en 9 langues et reprenant les informations de base sur la grossesse, les moyens de contraception, l'avortement, les MST, le VIH et les droits sexuels. Cette brochure est remise personnellement au nouvel arrivant par des accompagnateurs individuels. Le module pédagogique consiste quant à lui à dispenser, en petits groupes et sur support interactif et visuel, des informations relatives à la santé sexuelle. Le coffret pédagogique est un module de cours détaillé qui traite des questions générales d'ordre sexuel, informe sur la contraception, le VIH et l'utilisation de préservatifs. Ce module fut tout d'abord mis au point à l'intention du cours d'orientation sociale organisé dans le cadre de la politique d'intégration du Gouvernement flamand, mais est aujourd'hui également utilisé dans d'autres lieux, comme p. ex. les centres d'hébergement pour demandeurs d'asile.

Pour *les intermédiaires travaillant avec le groupe cible des jeunes*, Sensoa, en collaboration avec le terrain, a adapté le concept des **Bons Amants** à l'éducation relationnelle et sexuelle des jeunes. À partir de ce concept, des produits et projets voient le jour, et visent plusieurs buts, à savoir informer sur la façon de prévenir les MST, le VIH, les grossesses imprévues et les abus sexuels, inculquer aux enfants et aux adolescents une morale sexuelle et les guider dans le développement de leur sexualité.

Pour faire face à la complexité que représente l'éducation sexuelle et relationnelle dans des classes où plusieurs cultures sont réunies, un jeu éducatif intitulé Shalimar a été mis au point. L'objectif est de stimuler le dialogue interculturel sur les questions relationnelles et de sexualité dans les classes, et de développer les capacités nécessaires pour gérer de manière ouverte et constructive les différences culturelles dans le domaine des relations, de la sexualité et de la santé sexuelle. Des élèves jouent le rôle de conseiller en relations pour deux compagnons d'âge fictifs. Ils déterminent si leur couple va se rencontrer ou non, comment ils vont se rencontrer et si cela aboutira à une relation.

Ils sont ensuite confrontés à cinq thèmes essentiels susceptibles d'influencer une relation. Après discussions, le petit groupe décide si leur couple reste ensemble ou non. Leur décision est argumentée et complétée sur une feuille de papier. Chaque étape du jeu permet de débattre brièvement du thème concerné.

Divers secteurs politiques sont impliqués dans *l'éducation relationnelle et sexuelle des enfants et adolescents*. C'est pourquoi il est important que Sensoa conseille les différents secteurs politiques et les encourage à mieux coordonner leur vision et leur politique entre elles pour ainsi arriver à une politique intégrale. Récemment, les **autorités en charge de l'enseignement en Communauté flamande** ont signé un accord de collaboration avec Sensoa qui vise à organiser et soutenir des cours d'éducation sexuelle et relationnelle dans toutes les écoles de l'enseignement communautaire.

Gh@pro réalise des programmes de *prévention efficaces à l'égard des travailleurs du sexe*. Chaque année, ces travailleurs sont de plus en plus nombreux à faire appel aux services offerts par Gh@pro et Pasop. Ils sont informés à l'aide de nouveaux matériels et sont examinés et traités conformément aux directives les plus récentes. Un autre aspect à prendre en compte ici est la surveillance. Cela signifie que leurs données sont transmises aux autorités provinciales et à l'ISP. Si Pasop ne dispose pas d'un bureau d'enregistrement des MST au niveau provincial, c'est en revanche le cas à Anvers.

Cet enregistrement ne s'applique pas aux asbl Pasop et Gh@pro en ce sens qu'elles ne font pas office de réseau vigie.

Le laboratoire remplit cette fonction. Elles suivent les instructions données par la province et signalent les infections contagieuses qui doivent obligatoirement l'être. Elles n'assurent pas de véritable surveillance. Les données sont transmises dans le cadre d'un système d'évaluation plus important.

Le **projet HIV-SAM** part du postulat que la prévention atteint son efficacité maximale lorsque les actions sont menées à plusieurs niveaux simultanément. Le travail dans la continuité de la prévention primaire, secondaire et tertiaire permet une action simultanée sur les facteurs de changement individuels et structurels, essentiels pour permettre aux migrants subsahariens (**SAM**) de réduire leur risque potentiel d'infection par le VIH.

(1) Approche basée sur la communauté: travailler avec des réseaux de prévention

Pour l'information et la sensibilisation de la communauté SAM en Flandre (prévention primaire) quant à la promotion de la santé sexuelle et la prévention du VIH/SIDA, le projet HIV-SAM adopte une approche basée sur la communauté au travers de **réseaux de prévention VIH**. Ces réseaux sont constitués de leaders d'organisations africaines qui organisent des actions de prévention primaire à petite échelle. Les actions de ce genre comprennent l'information et la distribution de préservatifs lors d'événements socioculturels qui s'adressent à la communauté SAM, des sessions d'information et des activités en faveur de personnes défavorisées. Lors de celles-ci, les chefs de communautés ou les équipes de projet utilisent des lieux publics comme des cafés ou des boutiques fréquentés essentiellement par les SAM pour informer et sensibiliser le public sur les questions de santé sexuelle et de VIH. Les leaders du réseau de prévention VIH bénéficient d'un soutien régulier de la part du projet par le biais d'un support technique, de conseils, de rencontres et de formations régulières. Cet échange permanent avec la communauté (approche basée sur la communauté) permet de mettre sur pied des initiatives de prévention VIH à sensibilité culturelle et, de ce fait, adaptées aux besoins, aux spécificités et à la diversité de la communauté SAM.

(2) Diminuer les obstacles au conseil et dépistage volontaire (CDV) parmi la communauté SAM

La connaissance du statut VIH d'une personne est cruciale pour l'adoption de comportements préventifs du VIH. Le conseil et dépistage volontaire pour le VIH (CDV) se situe à l'intersection de la prévention primaire, secondaire et tertiaire. L'amélioration de la qualité du CDV pour le groupe cible des SAM est l'un des objectifs principaux et l'une des priorités actuelles du projet HIV-SAM. En Belgique, les SAM sont le groupe où la prévalence du VIH est la plus élevée (en Flandre, ils apparaissent en seconde position après les HSH (hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes)) et ils se présentent souvent à un stade d'infection relativement tardif (voir également ci-dessous la section VI consacrée aux défis majeurs).

Augmenter l'accès au CDV réduira le nombre de cas ignorés d'infection au VIH. Cette mesure participe à la réalisation des objectifs assignés à trois niveaux différents: la prévention primaire (le conseil et dépistage pour le VIH engendre une prise de conscience, facilite la diminution des risques et contribue à la normalisation du VIH), la prévention secondaire (la connaissance de leur statut VIH permet aux personnes d'éviter la propagation du virus et la réinfection) et la prévention tertiaire (un diagnostic précoce implique l'accès à un soutien médical, psychologique et social adéquat). L'action CDV, qui est en phase de démarrage, s'adresse à deux niveaux d'intermédiaires, le niveau de la communauté et le niveau des soins de santé.

A la suite d'une étude qualitative réalisée en vue de déterminer les obstacles au CDV et la perception du CDV par les SAM, le projet travaille à l'organisation d'une formation à l'intention des membres du réseau de prévention VIH en matière de techniques de communication à utiliser pour la conscientisation et la sensibilisation au CDV. L'objectif est une formation de volontaires SAM à des techniques de communication formelle (lors d'activités de prévention ciblée) et informelle (dans un cadre informel comme les amis, la famille ou entre partenaires). Dans le cadre de cette intervention, une brochure spécifique au groupe cible a été réalisée, qui rencontre les besoins et préoccupations spécifiques des SAM en matière de CDV.

L'étude qualitative a montré que le manque d'opportunités est l'un des principaux obstacles à la recherche de CDV par la communauté SAM. En conséquence, le projet a lancé une action de promotion du "CDV encouragé par ses prestataires" parmi le personnel de la santé. Dans le but d'organiser des formations et d'autres actions, une étude des besoins est en cours auprès des médecins généralistes et hospitaliers qui traitent fréquemment des patients SAM.

(3) Impliquer dans la prévention les SAM séropositifs

Au niveau de la prévention tertiaire, le projet HIV-SAM met en place un groupe de soutien aux patients pour les SAM séropositifs, intitulé "Muungano". Ce groupe participe à la prévention primaire et à la réduction du sentiment de tare par des témoignages. En leur qualité d'experts en sexologie, leurs conseils sont importants pour l'adéquation culturelle du soutien, des soins, du dépistage et des actions de prévention. Le soutien professionnel dispensé lors des réunions mensuelles Muungano se concentre sur l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH (PLWH) (thèmes tels que l'adoption et le franchissement du seuil du Safer-Sex (sexe sans risques), le désir d'avoir des enfants, les problèmes liés à la fertilité), ainsi que sur l'augmentation de l'adhésion.

Cette initiative est actuellement étendue à d'autres centres régionaux de traitement du VIH en Flandre. Elle constitue un exemple de prévention concrète à l'intention du groupe cible des SAM.

c) Communauté française

Différents organismes mettent en place des activités spécifiques en matière de prévention IST/Sida et de promotion de la santé, de dépistage et de prise en charge. Seuls les programmes de promotion de la santé sont financés par la Communauté française, mais l'ensemble de ces organismes participent à un processus de concertation appelé « Stratégies concertées » (voir description ci-dessous):

- des organismes de prévention mettent en œuvre des actions pour la population générale, les jeunes, les usagers de drogues injecteurs et festifs, les prostitué(e)s, les migrants, les personnes incarcérées, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Certains développent également des outils, des formations et des activités de lobbying. Leur territoire d'action peut être local ou à l'échelle de toute la Communauté française.
- des centres spécialisés offrent un service de *counseling* et de dépistage volontaire (VIH et parfois autres IST) de qualité, parfois anonyme et/ou gratuit
- des centres de prise en charge hospitaliers (centres de référence) fournissent une aide médicale, psychologique et sociale aux personnes séropositives et malades.

Certains de ces organismes mettent également en œuvre des actions de prévention secondaire (prévention de nouvelles contaminations à partir des personnes infectées).

Planification

Depuis 2004, les différents organismes de la lutte contre le Sida sont engagés dans un processus participatif de planification et de gestion de la qualité intitulé « Stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/Sida »². Ce processus de concertation est organisé par l'Observatoire du sida et des sexualités (Facultés universitaires Saint-Louis) et bénéficie du soutien méthodologique du service communautaire Sipes (Ecole de santé publique, ULB-Promes).

Ce processus se base sur les outils de la Gestion de cycle de projet et la méthode PRECEDE-PROCEED de Green et Kreuter. Il consiste à réaliser pour les publics cibles identifiés une analyse de situation et un plan opérationnel de manière collective en collaboration avec les acteurs de terrain et les publics cibles eux-mêmes. À partir des données épidémiologiques et socio-épidémiologiques disponibles et des constats posés sur le terrain, il permet d'identifier les manques et les synergies possibles, de réorienter les stratégies et de réguler les interventions. Il permet de développer une culture de l'évaluation auprès des divers acteurs impliqués et du secteur dans son ensemble. Il est mené dans le respect des principes de la promotion de la santé, en particulier en ce qui concerne l'approche complexe des problématiques, la participation des acteurs et des publics cibles aux diagnostics et à la définition des stratégies, la vision et l'action intersectorielles. Il constitue également un outil qui peut, selon les besoins, servir à l'évaluation de certains programmes particuliers ou de certains axes d'intervention.

Il s'agit d'un processus continu de gestion de la qualité basé sur des méthodes participatives. Les résultats de ce processus sont diffusés à chaque échéance d'un cycle, sous la forme d'une publication, auprès des acteurs de terrain et des responsables politiques et administratifs concernés directement ou indirectement par la prévention des IST/Sida et par la promotion de la santé. Un site Internet reprend les documents liés au processus : www.strategiesconcertees.be
Les diagnostics et les interventions tentent de prendre en compte les divers déterminants de la santé et des comportements, non seulement des publics cibles mais aussi ceux des acteurs qui sont en contact avec ce public de manière directe ou indirecte dans une visée systémique (aspects éducationnels, institutionnels, environnementaux, etc).

Les programmes de prévention, se situent donc sur plusieurs axes stratégiques qui ont été définis dans le cadre des Stratégies concertées :

- Un axe stratégique centré sur les publics cibles (population générale et publics vulnérables): cet axe consiste à renforcer les connaissances et les capacités des individus et des groupes afin d'améliorer leur bien-être et à réduire la transmission du VIH et des IST.
- Un axe stratégique centré sur les services, milieux de vie et acteurs spécifiques: il s'agit globalement de faire en sorte que ces milieux de vie et acteurs intègrent davantage la prévention du VIH et des IST dans leurs activités.
- Un axe stratégique centré sur les services, milieux de vie et acteurs généralistes (ou tous publics): il s'agit globalement de faire en sorte que ces différents milieux de vie intègrent davantage la prévention du VIH et

² Martens V., Parent F. et les acteurs de la prévention des IST/sida en Communauté française. Stratégies concertées de la prévention des IST/sida en Communauté française. Une analyse commune pour l'action. Observatoire du sida et des sexualités (FUSL), Bruxelles, décembre 2009.

des IST mais aussi les spécificités des différents publics cibles pour contribuer à réduire la transmission et les vulnérabilités, en particulier celles qui sont liées à la discrimination.

Interventions

Les interventions se déploient auprès de différents publics prioritaires : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, personnes migrantes, travailleurs et travailleuses du sexe, jeunes, usagers de drogues.

Des campagnes destinées à la population générale et aux jeunes sont organisées en intégrant des groupes spécifiques (MSM et SAM en particulier).

Le cadre de promotion de la santé permet d'envisager la prévention en lien avec les différents déterminants sanitaires et non sanitaires du bien-être des groupes et des individus et de tenter de créer des environnements favorables à la santé. Les approches auprès de deux publics prioritaires sont décrites ci-dessous.

Projets pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH)

La stratégie consiste à fournir des ressources aux HSH dans le milieu associatif et commercial gay ainsi qu'aux jeunes HSH en dehors de ce milieu, et de sensibiliser les autres acteurs en lien avec ces publics afin de créer des environnements favorables au bien-être et à la prévention.

- Diffusion d'informations sur le VIH/Sida et les autres IST (modes de transmission, moyens de protection, dépistage, traitements), et promotion d'attitudes solidaires vis-à-vis des personnes séropositives via le réseau associatif et commercial LGBT :
- Conception et diffusion de brochures et autres outils adaptés;
- Développement de messages de prévention via Internet;
- Actions de prévention par les pairs sur le terrain (commerces, associations, lieux de drague publics, etc.)
- Sensibilisation des relais du milieu associatif et commercial gay ;
- Mise à disposition de préservatifs et lubrifiants gratuits dans les associations et commerces via un dispositif adapté (projet « Pipe Life »).
- Lutte contre l'homophobie et les stéréotypes et promotion de la diversité sexuelle via le lobbying politique, la sensibilisation des acteurs scolaires.
- Amélioration du bien-être en lien avec l'orientation sexuelle, principalement des jeunes, via:
 - o travail de terrain dans les associations de jeunes gays
 - o conception d'outils de prévention qui abordent la question de l'orientation sexuelle et l'homophobie
 - o sensibilisation et formation des adultes en lien avec les jeunes gays (acteurs scolaires, extra-scolaires, familles, etc.)

Projets pour les migrants

Diffusion d'informations sur le VIH/Sida et les autres IST (modes de transmission, moyens de protection, dépistage, traitements), et promotion d'attitudes solidaires vis-à-vis des personnes séropositives via :

- Conception et diffusion de brochures et autres outils adaptés aux réalités des migrants (langue, culture, etc.)
- Animations dans les lieux de vie et de transit (centres pour réfugiés, etc.)
- Renforcement des capacités des associations et communautés de base en matière de prévention VIH/Sida, par la formation de relais non professionnels.
- Renforcement des capacités des professionnels psycho-médico-sociaux en contact avec des populations migrantes (prévention, communication, prise en charge dans un contexte multiculturel) par la formation.
- Amélioration de l'accès aux soins et aux droits sociaux pour les personnes migrantes par le lobbying politique.
- Amélioration de l'intégration des questions liées au VIH et à la santé parmi les groupes religieux par le dialogue et la sensibilisation.
-

Des financements sont alloués à certaines associations par le niveau fédéral pour développer des projets de dépistage VIH/IST, de vaccination hépatites et des permanences médicales délocalisés en proximité avec les groupes cibles (HSH, migrants, travailleurs et travailleuses du sexe).

Par ailleurs, les personnes séropositives sont associées à la réflexion relative à la prévention via des groupes de travail, de réflexion ou des groupes de convivialité mis en place par des associations.

VI. Principaux obstacles et mesures correctives

Depuis 2006, le système de surveillance épidémiologique s'est élargi et inclut la collecte *des données relatives à « la population suivie médicalement » en Belgique selon une méthodologie similaire*. En effet à la suite de la mise en place des traitements antirétroviraux en 1996, l'espérance de vie des personnes infectées s'est considérablement améliorée et la cohorte des patients VIH suivis médicalement s'est accrue plus rapidement. Cette augmentation du nombre des

patients en suivi est donc la conjonction d'une forte diminution de la mortalité liée au Sida et d'une croissance modérée mais régulière des nouveaux diagnostics VIH. . **Le nombre de patients en suivi est passé de 8583 personnes en 2006 à 11984 en 2010 (+39,6%).**

Les patients sont considérés comme étant suivis médicalement, si au cours de l'année écoulée au moins une mesure de charge virale a été réalisée. Puisque les Laboratoires de Référence SIDA (LRS) sont en charge de l'ensemble des mesures de charge virale, il est possible de connaître le nombre total de personnes en suivi médical.

L'enquête de Santé devrait pouvoir inclure des aspects de comportement à risque pour HIV.

La prévention, le traitement et la prise en charge doivent être adaptés aux **communautés de migrants**;

Dans le groupe des personnes n'ayant pas la nationalité belge, 76,5% sont des migrants subsahariens (SAM).

Parmi ces derniers, par rapport à la population générale des personnes vivant avec le VIH (PLWH), on constate que les femmes (61%) et les catégories d'âge plus jeunes ont davantage été affectées par le virus.

Le groupe cible des SAM, lesquels sont plus ou moins au nombre de 65.000 (ce qui représente environ 7% de tous les étrangers enregistrés séjournant en Belgique), est difficile à atteindre, que ce soit avec des messages de promotion de la santé en général ou des messages de prévention du VIH en particulier. Plusieurs raisons peuvent l'expliquer : en effet, les SAM peuvent être considérés comme un groupe hétérogène, composé de différentes nationalités, d'origines ethniques, culturelles et religieuses différentes, et parlant des langues différentes. Alors que beaucoup sont hautement qualifiés, ils représentent un groupe faible du point de vue socio-économique, sans grand capital social.

De plus, au sein de ce groupe, les aspects plutôt curatifs du traitement de la maladie l'emportent sur la promotion de la santé sexuelle et la prévention en tant que principes de santé. Le stigmata lié au VIH reste également fort ancré dans le groupe des SAM.

C'est dans ce contexte qu'il convient de comprendre l'intérêt plutôt faible des SAM pour les tests de dépistage du VIH. Par rapport à la population belge, le VIH est souvent diagnostiqué chez ces personnes à un stade ultérieur de la maladie. Les données de l'ISP récoltées en 2010 montrent que la valeur moyenne des cellules CD4 chez les patients africains au moment du diagnostic VIH était de 371 (379 chez la femme, 357 chez l'homme), tandis que ce chiffre était de 479 chez les patients belges.

Les conséquences d'un diagnostic tardif du VIH peuvent nuire à l'individu infecté. Elles peuvent être d'ordre personnel (possibilités d'accès aux soins limitées et risque de réinfection), épidémiologique (risque de transmission du VIH à des partenaires sexuels) et socio-économique (coût des soins de santé sensiblement plus élevé étant donné que plus de personnes nécessitent un traitement).

Il est démontré que la communauté SAM a besoin d'une approche spécifique en matière de CDV, basée sur une information précise et pratique des avantages liés au CDV. L'étude révèle qu'une approche qui est initiée par le prestataire de services CDV tout en tenant compte d'éléments de counseling adéquats du point de vue culturel, est acceptable pour ce groupe cible. Le projet vise dès lors à développer, au cours des deux prochaines années, un programme spécialement étudié pour diminuer les obstacles au CDV en collaboration avec les établissements de soins de première ligne, tels que les pratiques de médecine générale et les soins ambulatoires. Le but est non seulement de promouvoir le CDV auprès du groupe cible en question et d'améliorer la qualité des services CDV en tant que tels, mais aussi de contribuer à long terme à l'amélioration de l'accès global des SAM aux soins de santé de première ligne. Cette initiative inclut également un travail de proximité basé sur la communauté, en vue d'une sensibilisation aux services CDV dispensés par les établissements de soins susvisés.

Cette initiative s'efforce d'améliorer à la fois les mesures de prévention et les soins VIH pour les personnes présentant un risque accru, et donne lieu comme telle à une collaboration fructueuse entre le pouvoir fédéral (politiques de soins de santé) et le pouvoir régional (politiques de prévention).

Non seulement le nombre de cas de contaminations parmi les populations de migrants, mais aussi le nombre de contaminations aux MST et VIH dans le groupe des **hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH)** connaît une nouvelle recrudescence.

En Flandre, ce groupe cible est responsable de plus de la moitié des nouveaux cas d'infection au VIH. Entre-temps, dans la population masculine, on constate que les homosexuels représentent plus de la moitié des cas de MST enregistrés. Cette évolution est inquiétante, d'autant plus que dans toute l'Europe, les efforts actuellement consentis en termes de prévention demeurent nécessaires pour freiner cette augmentation, mais ne suffisent pas à inverser la tendance... De nouveaux défis se posent, et de nouvelles stratégies s'annoncent. Sensoa a pris l'initiative, et a à cet égard été chargé par le ministre flamand du Bien-être, de la Santé et de la Famille, de rassembler le large secteur multidisciplinaire qui entoure ce groupe cible et d'accompagner le développement et la mise en œuvre d'un plan d'action, lequel se compose de points d'intérêt, comme p. ex. une plus grande sensibilisation des HSH, le soutien de ces personnes dans leur vie sexuelle par le biais d'instruments (pratiques) et services sur mesure, la mise à disposition de l'assistance (pratique) nécessaire en ce qui concerne leur santé sexuelle. Toujours dans le cadre de ce plan d'action, les prestataires de soins doivent soutenir les HSH dans leur vie sexuelle et disposer des outils (pratiques), du savoir-faire et des services sur mesure nécessaires, et les HSH doivent pouvoir disposer des équipements structurels nécessaires pour veiller de manière optimale à leur santé sexuelle. La recherche scientifique aide à se forger une vision des antécédents

de comportement sexuel des HSH et des stratégies plus efficaces pour influencer ce comportement. Le secteur a un délai de deux ans pour s'y engager et enregistrer de premiers résultats concrets. Sensoa souhaite également donner la priorité au développement et à la promotion d'initiatives dans le cadre de ce que l'on appelle la prévention positive, la prévention du VIH et des MST axée sur les séropositifs, en particulier les hommes qui entretiennent des relations sexuelles avec d'autres hommes. Une attention particulière sera accordée aux publics les plus vulnérables (HSH et migrants), en développant notamment les projets à l'attention des personnes séropositives (prévention secondaire).

En **Communauté française**, plusieurs initiatives collectives se développent en lien avec les Stratégies concertées, dans un objectif d'amélioration de la qualité des interventions. On peut citer entre autres le renforcement de la cohérence des messages de prévention (risques de transmission liés aux pratiques buccogénitales, information sur la disponibilité du traitement post-exposition) et l'amélioration de la qualité concernant la communication relative au VIH et aux données épidémiologiques dites « sensibles » car concernant des publics stigmatisés (homo-/bisexuels, usagers de drogues, migrants) dans les médias.

Concernant les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH), une recherche-action menée par l'Observatoire du sida et des sexualités a pour objectif général d'actualiser le cadre de référence pour l'action à l'intention de ce public, en tenant compte du contexte épidémiologique, sociologique et thérapeutique actuel. Les objectifs spécifiques sont :

synthétiser les données disponibles (en matière d'épidémiologie, d'étude des comportements, de recommandations) et mettre en évidence les données et indicateurs manquants pour répondre aux questions de prévention non tranchées ; faire le point sur les stratégies mises en œuvre et sur les difficultés et succès qu'elles rencontrent, ainsi que sur les besoins des intervenants ;

réorienter les stratégies de prévention pour les mettre en meilleure adéquation avec la situation épidémiologique, comportementale et sociologique actuelle.

Il s'agit notamment d'intégrer dans ce nouveau cadre de référence les recommandations actuelles au sujet du dépistage et les implications du traitement comme prévention (prévention combinée). Il s'agit aussi de renforcer la mobilisation des acteurs concernés par la prévention VIH/sida pour les HSH : acteurs politiques, acteurs associatifs et commerciaux LGBTI, organismes de prévention, professionnels de santé, etc.

Ce projet d'une durée de deux ans et demi comprend notamment une revue de littérature, des entretiens individuels avec des acteurs-clés, des ateliers d'analyse et de planification et la dissémination des résultats.

Des projets pilotes de dépistage délocalisés sont également expérimentés pour augmenter l'accès des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes au dépistage VIH et IST. Des dispositifs de proximité sont en préparation et envisagent l'utilisation de tests de dépistage à lecture rapide. Des associations de prévention élargissent ainsi leur offre aux publics cibles avec le soutien financier de l'INAMI (niveau national).

Concernant les personnes migrantes, les programmes visent notamment le renforcement des capacités des personnes migrantes séropositives dans le cadre de la lutte contre les discriminations dont elles font l'objet. Des outils d'expression artistique sont notamment utilisés dans cet objectif.

Un diagnostic communautaire a été réalisé dans la communauté guinéenne.

Des professionnels de différents secteurs d'activités (prévention, médical, social) ont également été formés au travail de prévention du vih/sida dans un contexte de diversité culturelle.

Une nouvelle campagne de distribution de préservatifs a été mise en œuvre sur la base d'une évaluation des attentes du public en termes de message et de support.

VII. Soutien des partenaires du développement

Sans objet pour la Belgique.

VIII. Monitoring et environnement d'évaluation

Au **niveau fédéral**, le réseau de laboratoires de microbiologie réalise un rapport mensuel des maladies infectieuses.

Un rapport annuel sur l'épidémiologie du SIDA et de l'infection à VIH en Belgique est aussi réalisé. Il convient de développer un système de suivi et d'évaluation plus élaborée et uniforme.

Le développement de nouvelles interventions s'inscrit dans l'approche participative et communautaire utilisée dans le cadre du projet SAM (voir Bonnes pratiques, point V ci-dessus). De nouvelles actions sont initiées à la demande du groupe cible, c'est-à-dire après évaluation de leurs besoins. De plus, des interventions spécifiques sont testées au moyen d'un concept d'évaluation pré- et post-test là où cela s'avère approprié. Les moyens budgétaires actuels ne permettent cependant pas d'évaluer les interventions comportementales recourant à des indicateurs de comportement ou des indicateurs biologiques d'efficacité (infections MST, nouvelles infections au VIH). À cet égard, il serait important de mettre au point un instrument d'enquête qui serait utilisé, à intervalles réguliers, afin de surveiller le comportement sexuel à risque des migrants subsahariens, en ce compris les connaissances, attitudes et aptitudes

comportementales de ce groupe cible en termes de santé sexuelle et de VIH. Cela est possible moyennant par exemple l'adaptation d'outils actuels validés pour être utilisés dans ce groupe cible. Les pouvoirs politiques doivent appuyer et faciliter le développement de cet outil d'évaluation et de surveillance, dans la mesure où celui-ci peut contribuer à améliorer la qualité des interventions.

En **Flandre**, Sensoa développe de nouvelles initiatives, toujours en collaboration avec les parties directement concernées ou leurs intermédiaires. Ces initiatives comprennent également la réalisation de pré- et post-tests ainsi qu'une évaluation. Sensoa ne dispose pas des moyens lui permettant de réaliser des recherches à grande échelle, mais est demandeuse de ce type d'étude et aborde la question avec des instituts de recherche. À ce titre, Sensoa demande aux autorités de soutenir et encourager ces derniers en la matière.

Cela ne s'applique pas aux asbl Pasop et Ghapro en ce sens qu'elles ne font pas office de réseau vigie. Le laboratoire remplit cette fonction. Elles suivent les instructions données par la province et signalent les infections contagieuses qui doivent obligatoirement l'être. Elles n'assurent pas de véritable surveillance. Les données sont transmises dans le cadre d'un système d'évaluation plus important.

Communauté française

Le processus des Stratégies concertées décrit plus haut permet entre autres la définition de critères et indicateurs d'évaluation pour l'ensemble des activités formulées dans les cadres logiques. Au terme de chaque cycle de gestion de la qualité tous les deux ans, des données doivent être disponibles pour permettre la mise à jour des diagnostics et ensuite, sur base de ces mises à jour, la réorientation des programmes.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Processus de consultation et de préparation du rapport national sur le suivi et l'évaluation en vue de la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida > [voir outil web](#)

ANNEXE 2 : Questionnaire de l'Indice composite des politiques nationales > [voir outil web](#)

ANNEXE 3 : Update SENSOA

ANNEXE 3: Update Sensoa narratief verslag UNGASS reporting

Januari 2010-december 2011

De komende vijf jaar (2010-2015) staan zes actieterreinen centraal voor Sensoa:

Het brede publiek informeren over seksuele gezondheid. Dit doen we onder meer via www.seksualiteit.be, de website voor volwassenen. Ouders vinden er tevens informatie over de seksuele opvoeding van hun kinderen.

De relationele en seksuele vorming van jongeren bevorderen. Concrete voorbeelden hiervan zijn het handboek voor het secundair onderwijs rond relationele en seksuele vorming, de website Allesoverseks.be, de permanente tentoonstellingen Goede Minnaars en 'k Zag 2 beren en verschillende informatieve brochures voor jongeren.

De impact van hiv en soa op de seksuele gezondheid van homomannen beperken. Onze preventieboodschappen verspreiden we onder meer via affichecampagnes, Safe Sex Zone (onze samenwerking met holebi-uitgaansgelegenheden) en de website Mannenseks.be.

Interventies rond seksuele gezondheid naar kwetsbare migranten versterken. Sensoa organiseert netwerkdagen voor professionelen actief naar de doelgroep. We ontwikkelden ook een koffer met educatief materiaal en de brochure Uw seksuele gezondheid in diverse talen.

De integratie van mensen met hiv bevorderen en de impact van hiv op hun seksuele gezondheid beperken. Dit gebeurt onder meer via een helpdesk voor mensen met hiv en hun intermediairs, lotgenotencontact, diverse brochures, een tijdschrift, solidariteitsacties...

Aandacht voor seksuele en reproductieve gezondheid en rechten in het internationale beleid stimuleren. Zo ondersteunen we de Parlementairen voor de Millenniumdoelstellingen en organiseren we sensibiliserende acties.

Actieterrein Homomannen

2010 was een uitdagend en vernieuwend jaar voor het programma Homomannen. Sensoa investeerde in een verruiming van het programmateam met 1,5 VTE, die ingezet werd ter versterking van de preventie via terreinwerk in Vlaanderen en Brussel. Beide medewerkers ondersteunen de werking van het project Safe Sex Zone, een aanbod dat is afgestemd op de noden en de mogelijkheden van de horeca en die de preventie in het homo-uitgaansleven wil versterken. Uitbaters van sauna's en clubs waar homomannen ter plaatse seksuele contacten kunnen leggen, garanderen de aanwezigheid van condooms en glijmiddel op waterbasis, zodat hun klanten de mogelijkheid hebben tot veilige sekscontacten. Tevens breidde Sensoa zijn werkwijze voor inrichters van holebifuiven en partyconcepten uit: preventiepakketten met sensibiliserend materiaal (posters en drukwerk), condooms en glijmiddel kunnen besteld worden en op regelmatige basis zijn de preventiewerkers aanwezig op de fuiven en evenementen met een sensibiliserende acties. Basisinformatie over veilig vrijen en seksuele gezondheid wordt aangereikt via de website Mannenseks.be, de gay site van Sensoa.

Tegelijk werd in 2010 Live Positive gerealiseerd, de grootste preventiecampagne ooit naar Vlaamse homo's. Live Positive wou homo's bewust maken van de consequenties voor hun eigen leven van het feit dat 1 op 20 in hun gemeenschap hiv heeft.

Boodschappen naar de homomannen focusten onder meer op steeds condooms te

gebruiken, zich regelmatig te laten testen en over hiv te praten met hun partners. De campagne combineerde drukwerk (basisfolder hiv), webactiviteiten, filmpjes, radiospotjes, tv-clips en terreinacties in de horeca en op evenementen. In 2011 werd de campagne 'Gewoon Doen!' gelanceerd dewelke handelt over condooms en dat het niet evident is om in diverse situaties condooms te gebruiken (vb met een nieuwe partner, in een darkroom etc.). Met deze campagne wilde Sensoa de norm van veilig vrijen bevestigen.

Sensoa realiseert haar doelstellingen in nauwe samenwerking met partners in het werkveld. Zo werden reeds brochures (Hepatitis C) en sensibiliserende acties (veilig vrijen in clubs en homohoreca) georganiseerd in samenwerking met lokale partners.

Actieterrein Mensen met Hiv

Naar de doelgroep van mensen met hiv worden zowel structurele als ondersteunende interventies aangeboden. Zo werd er meegewerkt aan het Europese project Eurosupport 6 (in samenwerking met het Instituut voor Tropische Geneeskunde) om de seksuele en reproductieve gezondheid van de doelgroep te ondersteunen. Sensoa ontwikkelt hiervoor een handleiding om hulpverleners in staat te stellen de juiste kennis, attitudes en vaardigheden om seksuele en reproductieve counseling naar mensen met hiv te integreren in hun bestaande werking. Anderzijds is Sensoa ook verantwoordelijk voor de externe communicatie en de informatieverspreiding via de partnerorganisaties in dit project. In het kader van positieve preventie, finaliseerde Sensoa de herwerking en uitbreiding van de **handleiding seksuele counseling** van mannen die seks hebben met mannen. De map werd uitgebreid met thema's als reproductieve gezondheid en culturele diversiteit, zodat ze ook bruikbaar is voor andere groepen van mensen met hiv. Sensoa doet tevens aan belangenbehartiging en dossiervorming omtrent diverse aspecten die impact hebben op het leven van mensen met hiv en hun seksuele gezondheid (vb bijwerkingen van medicatie, de impact van criminalisering, hiv en arbeid etc.). Sensoa produceerde tevens een aantal publicaties over specifieke onderwerpen zoals de **brochure 'Bijsluiter'**, een publicatie waarin aan de hand van diverse getuigenissen (arts, apotheker, personen met hiv, therapie counselor,...) mensen met hiv ondersteund worden bij het innemen van hiv-medicatie; de algemene publicatie **'Over Leven met hiv'**.

In 2011 startte de voorbereiding van de productie van de doelgroepsite **www.levenmethiv.be**. De website richt zich in de eerste plaats tot mensen met hiv, maar ook tot hun (directe) omgeving (partner, werkgever...) en betrokken hulpverleners (tandarts, huisarts...). De site zal op een laagdrempelige manier (Nederlandstalige) informatie aanbieden over verschillende thema's gerelateerd aan het leven met hiv: disclosure, seks en relaties (positieve preventie), gezondheid, werken, verzekeren... De ontwikkeling kadert in de globale keuze van Sensoa om in te zetten op digitalisering en coherente online communicatie naar de belangrijkste doelgroepen.

Sensoa verleende zijn medewerking aan het **tv-programma Hiv+** van Eén. Sensoa stond in voor de inhoudelijke ondersteuning van de programmamakers, zowel wat de selectie van programmathema's betreft, de rekrutering van kandidaten als de afgeleide website van het programma.

Wat betreft ondersteunende interventies organiseert Sensoa een dienstverlening dewelke beoogt de levenskwaliteit en de integratie van mensen met hiv te bevorderen. Deze

service wil hulp bieden bij het persoonlijk integreren van „leven met hiv“ in het dagelijkse leven van mensen met hiv en wil tegelijk ook werken aan de maatschappelijke integratie van mensen met hiv. Sensoa Positief heeft een aanbod dat complementair is aan de reguliere zorg met een helpdesk (het Meldpunt Discriminatie inbegrepen), een aanbod aan activiteiten, sensibiliserende events (Candle Light Memorial Day, wereld aids dag), lot- en bondgenotencontacten via vrijwilligers, een telefoonlijn voor vragen over leven met hiv, een tijdschrift (magazine Positief) en deskundigheidsbevordering aan intermediairs.

Actieterrein Kwetsbare migranten

Naast het aanbieden van basisinformatie in de vorm van een meertalige brochure, lag de nadruk in **2010** vooral op netwerking en het ondersteunen van intermediaire organisaties die werken met migranten en etnische minderheden. Zo werd de tweedaagse opleiding, ook bekend als de **Idriss-vorming**, andermaal georganiseerd. Tevens wordt ook in dit actieterrein gereflecteerd over de ontwikkeling van een nieuw online informatieaanbod voor kwetsbare migrante (werktitel Idriss.eu). Bedoeling is om een digitaal aanbod te realiseren, waarin een centrale rol is voorbehouden voor intermediairs. We willen op zoek gaan naar *tools* die hen toelaten om informatie over een concreet onderwerp in de taal van hun cliënt of patiënt af te drukken of online, samen met hem of haar, te raadplegen. Daarnaast zullen we ook onderzoeken of en hoe migranten zelf via internet toegang kunnen krijgen tot deze informatie.

Tevens vervult Sensoa zijn rol als moderator in het verbeteren van de toegang tot diensten en informatie inzake seksuele gezondheid voor kwetsbare migranten. Er werd een Ronde Tafel georganiseerd als gezamenlijk initiatief van Sensoa, ICRH en het HIVSAM-project van het Instituut voor Tropische Geneeskunde. De Ronde Tafel werd opgesplitst in drie „sub“-tafels : 'opvang van asielzoekers', 'inburgering' en 'reguliere dienstverlening'. De belangrijkste conclusie van de Ronde Tafel is dat er nood is aan meer afstemming en coördinatie met betrekking tot toegang tot zorg en informatie inzake seksuele gezondheid voor kwetsbare migranten.

Om intermediairs die met kwetsbare migranten werken de kans te geven om ervaringen uit te wisselen, wordt jaarlijks een netwerkdag georganiseerd. Het doel van deze dag was om intermediairs te ondersteunen, te motiveren en toegang te verstrekken tot hulpmiddelen om zo meer aandacht te hebben voor het thema seksuele gezondheid binnen hun werk.

Actieterrein Jongeren

Sensoa streeft ernaar om de relationele en seksuele vorming voor jongeren te bevorderen. Hierin zijn drie delen te onderscheiden.

Ten eerste, wil Sensoa ervoor zorgen dat jongeren beschikken over kwaliteitsvolle informatie over seksuele gezondheid. Zo werd een nieuwe publicatie TAG aangemaakt met informatie over seksualiteit en relaties voor tieners (11-15 jaar) die nog geen seksuele ervaring hebben, en de bestaande publicatie Boekske vol Goesting verder gezet. De website allesoverseks.be biedt online informatie voor jongeren vanaf 15 jaar en werd mobiel gemaakt.

Ten tweede, wil Sensoa intermediairs van jongeren ondersteunen om een kwaliteitsvolle relationele en seksuele vorming te kunnen aanbieden. Zo werd in 2011 het **Handboek RSV** voor leraren gepubliceerd. Dit handboek sluit aan bij de vakoverschrijdende eindtermen van het secundair onderwijs en wil leraren achtergrondinformatie bieden over de verschillende thema's binnen de relationele en seksuele vorming, en praktische handvatten om met het thema in de klas aan de slag te gaan. De traditionele **Week van de Lentekriebels** sensibiliseert ieder jaar diverse actoren die betrokken zijn bij de relationele en seksuele vorming van kinderen en jongeren om RSV-activiteiten te organiseren aan de hand van een concreet lespakket.

Tevens werd het **Vlaggensysteem** geproduceerd, een educatief pakket bedoeld om begeleiders (en opvoeders) van jongeren te ondersteunen om seksualiteit en seksueel (grensoverschrijdend) gedrag van kinderen en jongeren bespreekbaar(er) te maken. Het **Raamwerk Seksualiteit en Beleid** wil organisaties in staat stellen om hun eigen beleid inzake seksualiteit en lichamelijke integriteit bij te sturen

Tot slot, werkt Sensoa samen met relevante stakeholders om een optimale relationele en seksuele gezondheid mogelijk te maken aan de hand van aantal beleidsdossiers op. **Seks en de wet** is een dossier waar het Kinderrechtencommissariaat, in samenwerking met Sensoa, de Vlaamse Jeugdraad en Jeugd en Seksualiteit, het debat wil heropenen over de wettelijke leeftijd waarop jongeren seks kunnen hebben. De bedoeling is te komen tot een betere bescherming van de rechten van jongeren op seksuele ontwikkeling, maar hen tegelijk ook een goede bescherming te bieden tegen seksueel misbruik.

Een ander dossier is dat van de voorwaarden voor een **optimale relationele en seksuele vorming** voor jongeren.

Een derde dossier is dat van **toegankelijke gezondheidszorg voor jongeren**. Zolang er geen automatische derdebetalersregeling is voor jongeren, blijft er een drempel bestaan voor jongeren met een seksueel gezondheidsprobleem om een arts te consulteren.